



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Circulaire n° 2003-135 du 08/09 2003 BO encart n° 34 du 18/09/2003

Année Scolaire 2024-2025

### Enfant concerné par le P.A.I.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Accueil périscolaire fréquenté :

Matin

Restauration

Soi

*(Rayez la mention inutile)*

Je soussigné .....

représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et /ou du protocole d'intervention du Docteur .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans le cadre de l'accueil périscolaire.

Signature du représentant légal :

### Personnes à contacter

Parents: N° de téléphone par ordre de priorité, précisez le contact

N°

N°

N°

N°

Médecin traitant :

SAMU: 15 (112 sur portable)

POMPIERS : 18

**Traitement médical :** joindre l'ordonnance et le médicament dans une trousse fermée portant le nom de l'enfant.

**Nom du médicament :**

**Doses, mode de prise et horaire**

**Régime alimentaire:** (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

- o Panier repas (fourni par la famille)
- o Validation des menus par le(s) parent(s)

**Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAi**

A faire remplir par le médecin prescripteur

Signes d'appel :

- Symptômes visibles :

Mesures à prendre dans l'attente des secours :

**Signataires du projet**

Les parents ou représentant légal	Le médecin de l'enfant	Le responsable du service périscolaire	Le représentant de la Municipalité :

Date: